

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給申請額										一金										円也									
被保険者記号・番号										対馬																			
分娩者氏名															分娩年月日					年 月 日									
出生児氏名															世帯主との続柄														
分娩の種類					生 産 ・ 死 産 ・ 流 産 ・ 早 産 （妊娠 箇月）																								
戸籍担当の 事実の確認					上記のとおり生 ・ 死 ・ 流 ・ 早 産（妊娠 箇月）事実があつたことを確認します。																								
					年 月 日																								
					確認者 職										氏 名 印														
支払方法					☐ 窓口払 窓口																								
					☐ 口座振込										銀行 農協 信漁連					本店 支店 支所					普通 当座				
					上記のとおり申請します。																								
					令和 年 月 日																								
					世 帯 主 住 所																								
					氏 名																								
					連絡先 — —																								
対 馬 市 長 様																													

上記申請のとおり、支給してよろしいか伺います。					受	付	印
起案日	年 月 日		決裁日	年 月 日			
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係		